

## **Notificación de Prácticas de Privacidad**

*Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA)  
y la Ley Federal de la Tecnología de Información de la Salud para la Salud  
Económica y Clínica (HITECH)*

### **Lincoln**

Fecha de revisión: 8 de julio de 2016

**ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE DE QUÉ MANERA SE PUEDE UTILIZAR Y REVELAR INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y DE QUÉ MANERA USTED PUEDE ACCEDER A ELLA. LEA ESTA NOTIFICACIÓN ATENTAMENTE.**

Si tiene alguna pregunta acerca de esta notificación, comuníquese con el Director de Privacidad al (510) 273-4700.

#### **NUESTRO COMPROMISO CON RESPECTO A LA INFORMACIÓN MÉDICA PRIVADA:**

En Lincoln, comprendemos que la información que registramos sobre usted o sobre su hijo es personal. Nos comprometemos a proteger esa información. Llevamos un registro de la atención y los servicios que usted y su hijo reciben en Lincoln. Este registro nos permite brindarles a usted y a su hijo un alto nivel de atención médica y cumplir con ciertos requisitos legales. Esta notificación rige para todos los registros de los cuidados recibidos por usted o por su hijo que el personal de Lincoln (esto incluye: médicos, voluntarios, personal del sector de finanzas, personal del área de servicios de información, etc.) creó o a los que puede acceder. Es probable que los médicos que proporcionan tratamiento en Lincoln tengan diversas políticas y/o notificaciones sobre el uso y la revelación de información médica protegida (PHI) sobre usted o sobre su hijo. Esta notificación explica las maneras en que podemos utilizar y revelar dicha información médica sobre usted o sobre su hijo. Además, describe sus derechos y ciertas obligaciones de Lincoln respecto del uso y la revelación de información médica.

This notice will tell you about the ways in which we may use and disclose health information about you or your child. We also describe your rights and certain obligations we have regarding the use and disclosure of health information.

#### **Lincoln tiene las siguientes obligaciones legales:**

- Asegurarnos de que la información médica protegida que lo identifica a usted o a su hijo se conserve en forma privada y sólo se revele con su autorización o en virtud de las disposiciones de un contrato con agencias externas (la participación de usted o de su hijo en los programas de Lincoln depende de estos contratos).
- Entregarle esta notificación de obligaciones legales y prácticas de privacidad de Lincoln respecto a la información médica protegida sobre usted o sobre su hijo.
- Cumplir las disposiciones de la notificación actualmente en vigencia.

## **DE QUÉ MANERA PODEMOS UTILIZAR Y REVELAR INFORMACIÓN SOBRE USTED:**

Las siguientes categorías describen diferentes maneras en que podemos utilizar y revelar información médica protegida. Cada categoría de uso o revelación contiene una explicación y, en ciertos casos, algunos ejemplos. No se enumeran todos los casos de uso o revelación comprendidos dentro de una categoría. Sin embargo, todas las maneras en que Lincoln puede utilizar o revelar información pertenecen, en todos los casos, a una de las categorías.

- **Para tratamiento.** Podemos utilizar información médica protegida para brindarle a usted o a su hijo tratamiento o servicios. Podemos revelar información médica protegida sobre usted o sobre su hijo a médicos, enfermeros, médicos clínicos o residentes empleados o contratados por Lincoln, o a otros miembros del personal de Lincoln que participen en su tratamiento o en el tratamiento de su hijo. Por ejemplo, el clínico que lo atienda a usted o a su hijo por trastorno de ira quizá necesite saber si usted o su hijo reaccionaron físicamente en el pasado. Con este conocimiento, el equipo de tratamiento puede crear un plan de seguridad para protegerlo a usted o a su hijo y a las personas que lo rodean cuando usted o su hijo actúen impulsivamente. Además, es probable que el clínico necesite notificar a un médico si los síntomas no mejoran. El médico puede recetar medicamentos o recomendar la realización de pruebas. Varios programas y departamentos de Lincoln pueden compartir información sobre usted o sobre su hijo a fin de coordinar todo lo que usted o su hijo necesitan, como alimentos, tratamiento adicional y atención médica. (También podemos revelar información sobre usted o sobre su hijo a personas ajenas a Lincoln que participen en el tratamiento o que puedan ser parte de la coordinación de atención médica de seguimiento o en la disposición del tratamiento futuro, si usted firma una Autorización para Revelar Información). Estas personas pueden incluir familiares, trabajadores sociales, personal docente, vecinos, el clero, empleados del condado u otros individuos a cargo de la prestación de servicios que forman parte de su atención médica o la de su hijo.
- **Para pagos.** Podemos utilizar y revelar información médica protegida sobre usted o sobre su hijo para facturar y cobrar los gastos relacionados con el tratamiento y los servicios recibidos en Lincoln a nuestros socios contractuales. También podremos notificar a nuestros socios contractuales acerca del tratamiento recomendado para usted o para su hijo a fin de obtener autorización para iniciar y continuar el tratamiento.
- **Para operaciones relacionadas con la atención médica.** Podemos utilizar y revelar información médica protegida sobre usted o sobre su hijo para la realización de operaciones de Lincoln. Estos usos y revelaciones son necesarios para dirigir Lincoln y asegurarse de que todos nuestros niños y familias reciban atención médica de alta calidad. Por ejemplo, podemos utilizar información médica protegida para revisar el tratamiento y los servicios y, de esa forma, evaluar el desempeño del personal en la atención brindada a usted o a su hijo. También podemos combinar información médica protegida relativa a diversos clientes de Lincoln a fin de decidir qué otros servicios deberíamos ofrecer, qué servicios no son necesarios y qué programas resultan eficaces. Podemos revelar información a médicos, enfermeros, residentes o clínicos empleados o contratados por Lincoln y otro personal de Lincoln con fines de revisión y capacitación. Podemos suministrar información a representantes de organizaciones con fines de cumplimiento, acreditación, calidad de tratamiento y financiación.

- **Recordatorios.** Podemos utilizar y revelar PHI para comunicarnos con usted y recordarle que usted o su hijo tienen o tenían una cita para recibir servicios en Lincoln.
- **Alternativas de tratamiento.** Podemos utilizar y revelar PHI para explicar o recomendar a usted o a su hijo posibles opciones o alternativas de tratamiento que pueden ser de su interés.
- **Beneficios relacionados con la salud y servicios clínicos.** Podemos utilizar y revelar PHI para explicar a usted o a su hijo los beneficios o servicios médicos que pueden ser de su interés.
- **Actividades de recaudación de fondos y marketing.** Podemos utilizar PHI sobre usted, su hijo o un niño a su cargo al realizar actividades de recaudación de fondos de Lincoln, sólo si usted firma un formulario de Autorización para Revelar Información o de Consentimiento para Tomar Fotografías.
- **Individuos que participan en su tratamiento o en el pago del tratamiento.** Podemos revelar PHI sobre usted o sobre su hijo a cualquier amigo o familiar que participe en su atención clínica/médica o en la de su hijo con su consentimiento y autorización. Además, podemos revelar PHI sobre usted o sobre su hijo a una entidad que colabore con el equipo de ayuda en casos de catástrofes, a fin de comunicarse con su familia para informarle acerca de su condición, estado y ubicación.
- **Actividades de alcance comunitario.** Podemos compartir PHI al proteger su seguridad o la de su hijo y/o cuando se realizan tareas de supervisión en situaciones consideradas “críticas” o de “emergencia”.
- **Investigación.** En ciertas circunstancias, podemos utilizar y revelar PHI sobre usted o sobre su hijo con fines de investigación. Solicitaremos su permiso específico si el investigador tendrá acceso a su nombre, domicilio u otros datos que lo identifiquen o participará en su atención médica o en la de su hijo en Lincoln.
- **Socios comerciales.** Existen ciertas personas y/o compañías que Lincoln contrata para realizar tareas en lugar del personal fijo. Lincoln tiene un contrato con cada una de estas personas o compañías que incluye disposiciones para asegurar que se mantenga la privacidad/confidencialidad de cada niño/miembro de la familia que es atendido en Lincoln. Así, por ejemplo, es posible que Lincoln contrate personal temporario para el desempeño de tareas administrativas si un miembro del personal fijo se tomó licencia médica.

**PUEDE HABER OTROS CASOS EN QUE LINCOLN SE ENCONTRARÍA OBLIGADA Y AUTORIZADA A REVELAR INFORMACIÓN SOBRE USTED SIN SU AUTORIZACIÓN O CONSENTIMIENTO**

- **Por disposición de ley.** Revelaremos PHI sobre usted o sobre su hijo cuando así lo exija una ley federal, estatal o local (cuando se sospecha la existencia de malos tratos a menores o ancianos, etc.).
- **Para evitar un peligro grave para la salud o la seguridad.** Podemos utilizar y revelar PHI sobre usted o sobre su hijo a fin de evitar un grave peligro relacionado con su salud o seguridad o con la salud o seguridad del público o de otra persona. Sin embargo, dicha información se debe revelar siempre a personas capaces de ayudar a evitar el peligro.

- **Militares y excombatientes.** Si usted o su hijo son o serán miembros de las fuerzas armadas, podemos revelar PHI sobre usted o sobre su hijo en la medida en que lo requieran las autoridades militares. También podemos revelar PHI sobre personal militar extranjero a la correspondiente autoridad militar extranjera.
- **Indemnización por accidentes de trabajo.** Podemos revelar PHI sobre usted o sobre su hijo para la indemnización por accidentes de trabajo o programas similares. Estos programas brindan beneficios en caso de lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.
- **Riesgos de salud pública.** Podemos revelar PHI sobre usted o sobre su hijo para la realización de actividades relacionadas con la salud pública. Por lo general, estas actividades incluyen:
  - Prevenir o controlar lesiones, enfermedades o discapacidades.
  - Informar acerca de nacimientos y defunciones.
  - Informar casos de malos tratos o descuido de menores.
  - Informar reacciones a medicamentos o problemas con productos.
  - Informar a las personas el retiro de productos que pueden estar utilizando.
  - Notificar a cualquier persona que se encuentre expuesta a una enfermedad o en riesgo de contraer o contagiar una enfermedad.
  - Notificar a la autoridad gubernamental correspondiente si consideramos que un cliente/paciente fue víctima de malos tratos, descuido o violencia doméstica. Esta revelación sólo se efectuará si usted está de acuerdo o cuando así lo requiera o autorice la ley.
- **Actividades de supervisión médica.** Podemos revelar PHI a un organismo de supervisión médica para la realización de actividades autorizadas por ley. Estas actividades de supervisión comprenden, por ejemplo, auditorías, investigaciones, inspecciones y acreditaciones. Tales actividades son necesarias para que el gobierno pueda controlar el sistema de atención médica, los programas gubernamentales y el cumplimiento de las leyes sobre derechos civiles.
- **Procesos judiciales y otras acciones legales.** Si usted es parte de un proceso judicial u otra acción legal, podemos revelar PHI sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa, o si firmó una autorización en virtud de la cual indica que corresponde que lo hagamos.
- **Cumplimiento de la ley.** Podemos revelar PHI si así nos lo solicitara un funcionario a cargo del cumplimiento de la ley:
  - En respuesta a una orden judicial, citación judicial o proceso similar.
  - Para identificar o ubicar a un sospechoso, fugitivo, testigo esencial o individuo con paradero desconocido.
  - Con respecto a la víctima de un delito si, en determinadas circunstancias limitadas, nos resultase imposible obtener el consentimiento de la persona.
  - En relación con una muerte que creemos que puede ser el resultado de una conducta delictiva.

- Acerca de una conducta delictiva en Lincoln.
  - En caso de emergencia para denunciar un delito, el lugar donde se produjo o la ubicación de las víctimas, o la identidad, descripción o ubicación del autor del delito.
- **Médicos forenses y directores de funerarias.** Podemos revelar PHI a un médico forense. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar a un difunto o determinar la causa de la muerte.
  - **Actividades de inteligencia y seguridad nacional.** Podemos revelar PHI sobre usted o sobre su hijo a funcionarios federales autorizados para la realización de actividades de inteligencia, contrainteligencia y otras actividades relacionadas con la seguridad nacional autorizadas por ley.
  - **Servicios de protección del presidente y otros.** Podemos revelar PHI sobre usted o sobre su hijo a funcionarios federales autorizados para que puedan proteger al Presidente, a otras personas autorizadas o jefes de estado extranjeros o realizar investigaciones especiales.
  - **Reclusos.** Si se encuentra recluso en una institución penitenciaria o bajo la custodia de un funcionario encargado del cumplimiento de la ley, podemos revelar PHI sobre usted al instituto correccional o a dicho funcionario. Esta revelación puede resultar necesaria (1) para que el instituto le brinde atención médica; (2) para proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de otros; o (3) para la seguridad del instituto correccional

## **SUS DERECHOS RESPECTO DE LA INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA SOBRE USTED Y SOBRE SU HIJO:**

Tiene los siguientes derechos respecto de la PHI que registramos sobre usted y sobre su hijo:

- **Notificación de las infracciones.** En el caso de un incumplimiento de garantía, se le notificara como lo requiere la ley. En algunas circunstancias, nuestro socio de negocios puede proporcionar la notificación.
- **Derecho a examinar y recibir copias.** Usted tiene el derecho de examinar y recibir copias de la PHI que se pueda utilizar para tomar decisiones relativas a su atención médica o la de su hijo. Esto incluye registros médicos y de facturación. Antes de cualquier revisión, el equipo de tratamiento de Lincoln deberá decidir si la revisión de dicha información tendría efectos perjudiciales graves para usted o para su hijo y/o para el resultado del tratamiento.

Para examinar y solicitar una copia de la información clínica y médica que se pueda utilizar en la toma de decisiones relativas a usted o a su hijo, deberá enviar una solicitud por escrito al Director de Privacidad a la siguiente dirección: Lincoln, 1266 14th St., Oakland, CA 94607. Si solicita una copia de la información, podríamos cobrar un cargo por el costo de copiado, envío u otros gastos relacionados con su solicitud.

En muy pocas circunstancias particulares podemos denegar su solicitud para examinar y recibir copias. También podemos proporcionarle un resumen de su tratamiento o del tratamiento de su hijo en lugar del registro completo. Si le denegáramos el acceso a la información sobre usted o sobre su hijo, podrá solicitar una revisión de la denegación. Lincoln elegirá otro profesional médico

acreditado para que revise su solicitud y la denegación. La persona que realice la revisión será un Director Clínico ajeno a la denegación original. Actuaremos conforme al resultado de la revisión.

- **Derecho de enmienda.** Si le parece que la PHI que tenemos sobre usted o sobre su hijo es incorrecta o no está completa, puede solicitarnos su enmienda. Usted tiene derecho a solicitar una enmienda durante todo el tiempo en que la información sea conservada por o para Lincoln.

Para solicitar una enmienda, deberá dirigirse por escrito al Director de Privacidad a la siguiente dirección: *Lincoln, 1266 14th St., Oakland, CA 94607*. Además, deberá especificar un motivo que justifique su solicitud.

Podemos denegar su solicitud de enmienda si ésta no se presentó por escrito o si no incluye un motivo que la justifique. Además, podemos denegar toda solicitud de enmendar información que:

- Sea precisa y esté completa;
- No haya sido creada por nosotros, a menos que la persona o entidad que la creó ya no pueda responder ante una solicitud de ese tipo;
- No forme parte de la PHI conservada por o para Lincoln;
- No forme parte de la información cuyo examen y copia se encuentran autorizadas.

- **Derecho a un informe de revelaciones.** Usted tiene el derecho de solicitar un “informe de ciertas revelaciones” (salvo aquellas para tratamiento, pago y atención médica, tal como se describe en esta Notificación de Prácticas de Información). Se trata de un informe de las revelaciones de PHI que hicimos sobre usted. Este informe de revelaciones de información médica sobre usted no incluirá: **Revelaciones requeridas para tratamiento, pago o atención médica.**

- Revelaciones que le hicimos a usted.
- Revelaciones meramente incidentales a otras que, de lo contrario, habrían sido autorizadas o requeridas.
- Revelaciones realizadas con su autorización escrita.
- Otras revelaciones realizadas por disposición legal.

Para solicitar esta lista o informe de ciertas revelaciones, debe presentar una solicitud escrita ante el Director de Privacidad de Lincoln, en 1266 14th St., Oakland, CA 94607. La solicitud debe indicar un período no mayor de seis años y no podrá incluir fechas anteriores al 14 de abril de 2003. El primer informe que solicite en el transcurso de 12 meses será sin cargo. Por cada informe adicional, se le cobrarán los costos relacionados con el suministro de la lista. Le informaremos el costo correspondiente y, en ese momento, podrá optar por retirar o modificar la solicitud antes de incurrir en cualquier tipo de gasto.

- **Derecho a solicitar restricciones.** Usted tiene derecho a solicitar restricciones o limitaciones respecto de la PHI que podemos utilizar o revelar sobre usted o sobre su hijo para operaciones de tratamiento, pago o atención médica. También tiene derecho a solicitar restricciones respecto de la PHI que podemos revelar sobre usted o sobre su hijo a personas que participen en su

tratamiento médico o en el tratamiento de su hijo, o que participen en el pago de dicho tratamiento (por ejemplo, un familiar o amigo). Usted también tiene el derecho de restringir la divulgación de su compañía de seguros para cualquier de los gastos de bolsillo la atención que ha recibido de nosotros.

***No estamos obligados a aceptar su solicitud.*** Si aceptamos su solicitud, la cumpliremos; excepto que la información sea necesaria para brindarle tratamiento de urgencia.

Para solicitar restricciones, deberá dirigirse por escrito a nuestro Director de Privacidad a la siguiente dirección: Lincoln, 1266 14th St., Oakland, CA 94607. En su solicitud, deberá indicarnos (1) qué información desea restringir; (2) si desea restringir el uso, la revelación, o ambos; y (3) a quién desea que se dirijan las restricciones (por ejemplo: revelación de información al cónyuge).

- **Derecho a solicitar comunicación confidencial.** Usted tiene derecho a solicitar que le comuniquemos cuestiones clínicas o médicas de una determinada manera o en una determinada ubicación. Por ejemplo, puede solicitarnos que sólo nos comuniquemos con usted por correo o a su trabajo.

Para solicitar comunicación confidencial, deberá dirigirse por escrito a nuestro Director de Privacidad a la siguiente dirección: Lincoln, 1266 14th St., Oakland, CA 94607. No le preguntaremos el motivo de su solicitud. Cumpliremos todas las solicitudes razonables. Su solicitud deberá especificar cómo y cuándo desea ser contactado.

- **Derecho a una copia impresa de esta notificación.** Usted tiene derecho a una copia impresa de esta notificación. Puede solicitar que le entreguemos una copia de esta notificación en cualquier momento. Aunque haya aceptado recibir esta notificación de manera electrónica, tiene derecho a recibir una copia impresa.

Puede obtener una copia de esta notificación en nuestro sitio web: <http://lincolnfamilies.org/>.

También puede obtener una copia impresa de esta notificación llamando al Director de Privacidad al (510) 273-4700.

#### **MODIFICACIONES DE ESTA NOTIFICACIÓN:**

- Nos reservamos el derecho de modificar esta notificación. Nos reservamos el derecho a aplicar cualquier modificación o actualización de la notificación a la PHI que ya tenemos sobre usted o sobre su hijo y que podamos recibir en el futuro. Publicaremos una copia de la notificación actual en todos los centros de tratamiento de Lincoln. Esta notificación contendrá la fecha de entrada en vigencia en la primera página, y en el ángulo superior derecho de las páginas subsiguientes. Además, le ofreceremos una nueva notificación cada vez que usted o su hijo se registren o ingresen en Lincoln para recibir tratamiento o servicios de atención médica.

#### **RECLAMOS:**

Si usted considera que se han violado sus derechos de privacidad o los de su hijo, podrá presentar un reclamo a Lincoln o al secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos,.. Para presentar un reclamo a Lincoln, comuníquese con el Director de Privacidad al (510) 273-4700 o dirijase por escrito a:

Lincoln, **Privacy Officer [Director de Privacidad]**, 1266 14th St., Oakland, CA 94607. Todos los reclamos se deben presentar por escrito.

**Usted no será sancionado por presentar un reclamo.**

**OTROS USOS DE LA INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA:**

Los usos y revelaciones de PHI que no se encuentren contemplados en esta notificación o en las leyes que nos rigen sólo se efectuarán con su permiso por escrito. Si usted nos otorga una autorización para utilizar o revelar PHI sobre usted o sobre su hijo, podrá revocarla por escrito en cualquier momento. Si revoca la autorización, no podremos seguir utilizando o revelando PHI sobre usted o sobre su hijo para los motivos establecidos en su autorización escrita. Usted comprende que no podremos anular las revelaciones ya efectuadas con su consentimiento, y que tenemos la obligación de conservar los registros de la atención que brindamos a usted o a su hijo.



Nombre de ID del cliente: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha de ingreso: \_\_\_\_\_

Programa: \_\_\_\_\_

## Acuse de recibo de las prácticas de privacidad e información por parte del cliente

Nuestra Notificación de Prácticas de Privacidad proporciona información sobre cómo podemos utilizar y revelar información médica protegida sobre usted. Usted tiene derecho a examinar nuestra notificación antes de firmar este documento. Como se estipula en nuestra notificación, las disposiciones pueden cambiar. La Notificación de Prácticas de Privacidad e Información actual siempre estará disponible en nuestro sitio de Internet en <http://lincolnfamilies.org/>.

Al firmar este documento, usted confirma que ha recibido una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad e Información de Lincoln Child Center (HIPAA).

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente

Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/tutor (Parentesco con el cliente)

Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del representante de Lincoln

Fecha: \_\_\_\_\_

### Acuse de recibo por escrito no obtenido:

\_\_\_\_\_  
Iniciales      \_\_\_\_\_  
Fecha      **Notificación de Prácticas de Privacidad entregada. El cliente o representante del cliente no pudo firmar**

\_\_\_\_\_  
Iniciales      \_\_\_\_\_  
Fecha      **Notificación de Prácticas de Privacidad entregada. El cliente o representante del cliente se negó a firmar**

\_\_\_\_\_  
Iniciales      \_\_\_\_\_  
Fecha      **Notificación de Prácticas de Privacidad enviada al cliente o representante del cliente por correo. Firma pendiente**